



332785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/17	4-Data de Autorização 03/10/17	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7676659	7-Data Validade da Senha 29/10/17
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550600446002									
13-Nome EDSON LEME GALVAO				14-Telefone 21/10/1970		15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA PIVAN GALVAO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		18-Número no CRO 58579		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		23-Número no CRO 58579		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100226 (I) 81000421-RPIE			
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO				27-Número no CRO 58579		28-UF SP		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	S	03/07/20			✓
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	S	06/07/20			✓
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	S	06/07/20			✓
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	S	03/07/20			✓
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VL	1	88,00	0,00	S	06/07/20			✓
6	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MODV	1	122,00	0,00	S	03/07/20			✓
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00	S	03/07/20			✓
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 468,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		
---------------	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--